

N°

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Juillet 1900

Par M. Marcel CLERC

Né à Langres (Haute-Marne), le 24 août 1875

TRAITEMENT

DE LA

RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges { M. POIRIER, Professeur agrégé.
M. LEJARS, Professeur agrégé.
M. LEGUEU, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT
DE LA
RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Juillet 1900

Par M. Marcel CLERC

Né à Langres (Haute-Marne), le 24 août 1875

TRAITEMENT

DE LA

RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges { M. POIRIER, Professeur agrégé.
M. LEJARS, Professeur agrégé.
M. LEGUEU, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A mon Maître

M. LE DOCTEUR GUINARD

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

TRAITEMENT
DE LA
RÉTROVERSION IRRÉDUCTIBLE
DE L'UTÉRUS GRAVIDE

INTRODUCTION

Lorsque nous suivions le service de M. GUINARD, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, nous fûmes vivement intéressé par la relation qu'il nous fit un jour d'une intervention pratiquée par lui chez une femme enceinte, atteinte de vomissements incoercibles et d'albuminurie légère, et présentant un utérus gravide rétroversé pris pour une grossesse extra-utérine. Il avait fait une laparotomie, libéré et hystéropexié un utérus incarcéré dans le pelvis par de solides adhérences. Les vomissements et l'albuminurie avaient disparu aussitôt, et la grossesse avait continué sans obstacle.

Il était intéressant d'étudier la pathogénie de ces vomissements et de cette albuminurie.

En outre, pour un utérus gravide rétroversé et que des adhérences empêchent de réduire manuellement, l'intervention préconisée par les classiques en général est l'avor-

tement. Cette observation nous menait donc à des résultats tant théoriques que pratiques, et nous acceptâmes avec empressement l'offre de M. GUINARD d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

L'origine des vomissements incoercibles est entourée d'obscurité, peut-être par sa variabilité. Chez notre malade ils sont dus, sans doute possible, à la rétroversion de l'utérus. L'albuminurie aussi, indépendante des vomissements, a son origine mécanique dans la déviation utérine. Quant à la cœliotomie, curatrice de la rétroposition, nos recherches nous prouvèrent par les cas de JACOBS, le cas de SCHWARTZ, et les deux cas récents de MOUCHET (de Sens), la puissance de ce traitement.

L'intérêt de l'observation de M. GUINARD réside donc :

1° En ce qu'elle est confirmative de certaines théories étiologiques et pathogéniques des vomissements incoercibles et de l'albuminurie gravidique ;

2° En ce que, par une faute de diagnose, elle nous conduit à la notion d'une intervention rationnelle dans des cas d'irréductibilité d'utérus gravidés rétroversés.

Dans un premier chapitre, donc, nous donnerons *in extenso* l'observation inédite, due à l'obligeance de M. GUINARD.

Dans un deuxième chapitre, théorique, nous traiterons de l'appoint qu'apporte cette observation, en quelque sorte expérimentale, au mécanisme de certains cas de vomissements graves et d'albuminurie gravidique.

Dans un troisième et dernier chapitre, pratique, nous envisagerons le traitement de la rétroversion de l'utérus

gravide, et, dans les cas d'irréductibilité de cet utérus, nous poserons, en face de l'avortement, traitement encore usité, la légitimité et l'excellence de la cœliotomie, avec ou sans hystéropexie, méthode conservatrice.

Nous formulerons enfin nos conclusions.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de dire quelle fut notre scolarité, et, pour chacune des étapes de notre vie médicale, d'exprimer notre gratitude à nos Maîtres.

Nous fîmes nos premiers pas dans la médecine, guidé par le professeur HANOT, à Saint-Antoine, et par le docteur FERRAND, à l'Hôtel-Dieu, tous deux disparus aujourd'hui et dont nous saluons la mémoire. Nous apprîmes d'eux l'auscultation, et leur esprit méthodique nous dirigea sûrement dans cette science compliquée qu'est la clinique.

Plus tard, M. le professeur agrégé RECLUS, chirurgien de la Pitié, dans le service duquel nous fûmes initié à la pratique de la petite chirurgie, nous prodigua son lumineux et fructueux enseignement et nous donna le régal de sa parole si chaude et si claire.

Notre stage hospitalier fut accompli, pour la médecine, à l'hôpital Broussais, chez le docteur BARTH, dont nous n'oublierons pas l'accueil bienveillant, et dont les leçons journalières nous ont laissé une si vive impression; pour la gynécologie, à l'hôpital Broca, où, sous la direction du professeur agrégé Pozzi et du Dr JAYLE, son assistant, nous connûmes la si variable et si complexe pathologie génitale féminine. Nous leur adressons de vifs remerciements.

Nous passâmes ensuite une année à la Charité, chez M. le professeur TILLAUX, professeur de Clinique chirurgicale. Il nous a montré chaque matin ce qu'était l'examen clinique d'un malade ; ses conseils pratiques sont fixés à jamais dans notre esprit, et nous nous efforcerons d'imiter sa paternelle douceur à l'égard des malades. Qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance et nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider à la soutenance de notre thèse.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé BAR et M. le D^r TISSIER, qui nous ont enseigné l'art des accouchements.

Notre stage officiel était terminé.

Nous passâmes quelques mois à la consultation de chirurgie de Saint-Antoine, où l'affluence des malades nous permit, sous la direction du D^r CONZETTE, suppléant du D^r WALTHER, de passer en revue et de pratiquer toute la chirurgie journalière.

Nous avons fait de la médecine infantile chez le D^r VARIOT, à l'hôpital Trousseau, et de la chirurgie infantile chez le D^r BRUN, aux Enfants-Malades. Nous les remercions de leur accueil bienveillant et de leurs sages recommandations.

Nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt et de profit les consultations du D^r de BEURMANN, à Broca, du D^r QUEYRAT, à Ricord, pour les maladies cutanées et syphilitiques.

Nous eûmes la bonne fortune d'examiner et de traiter beaucoup d'aliénés, avec MM. les D^{rs} TAGUET et BOUDRIE, de l'asile de Vaucluse, et le D^r DUBUISSON, de l'asile Sainte-

Anne. Nous leur gardons un souvenir reconnaissant.

Nous assistâmes aux remarquables cliniques du Professeur PINARD, à la clinique Baudelocque, et du professeur agrégé CHAUFFARD, à Cochin.

Nous suivons actuellement le service chirurgical de l'hospice de Bicêtre, où nous pûmes apprécier M. le Dr POTHÉRAT et M. le Dr GUINARD. M. GUINARD, dont nous admirons la maîtrise chirurgicale, nous a guidé dans ce travail et nous a donné mille preuves de sa bienveillante sollicitude. Qu'il nous permette de lui dire simplement que notre reconnaissance lui est acquise.

Merci aussi à notre ami, M. BELGRAND, interne des hôpitaux, pour l'intérêt qu'il porta toujours à nos études.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I. — **Rétroversion d'utérus gravide avec vomissements incoercibles et albuminurie. Laparotomie, hystéropexie. Cessation des vomissements et de l'albuminurie. Continuation de la grossesse. Guérison.**

Inédite, due à l'obligeance de M. le docteur GUINARD, chirurgien des hôpitaux.

M^{me} X... est âgée de 34 ans. Elle a eu à 10 ans une fièvre typhoïde. Elle ne présente aucun autre antécédent pathologique.

Elle a été réglée à 12 ans, mais c'est une névropathe qui a toujours été irrégulièrement réglée.

Depuis plusieurs années, elle a une hernie inguinale gauche, du volume d'un petit œuf, qui provoque de temps à autre des douleurs et des vomissements.

Elle a eu deux grossesses, avec présentation céphalique. Ses deux accouchements et leurs suites ont été normaux. Il s'agissait, pour le premier, d'un garçon, qui a aujourd'hui 15 ans, lymphatique, adénoïdien ; pour le second, d'une fille de 9 ans, rachitique.

Pas d'antécédents héréditaires spéciaux. Quatre frères sont bien portants, une sœur est morte de fièvre typhoïde. Le père et la mère sont en bonne santé.

Les dernières règles datent du commencement de mars 1899.

Dans le commencement du mois d'avril, des vomissements apparaissent. La malade pense que c'est sa hernie qui est la cause de ces accidents et entre, à la fin du mois d'avril, à la Salpêtrière, dans le service de M. SEGOND, pour se faire opérer de cette hernie; cinq jours après son entrée, elle quitte l'hôpital par boutade, sans avoir été opérée.

Dans les premiers jours de mai, les vomissements devenant incoercibles, elle consulte le docteur BOUQUET et le docteur JAOUË. Ces deux confrères pensent à une grossesse et font analyser les urines, qui contiennent 30 centigrammes d'albumine par litre. Malgré le régime lacté exclusif et les médicaments appropriés, les vomissements persistent et l'albuminurie ne diminue pas. C'est dans ces conditions que je suis appelé auprès d'elle.

Le toucher fait percevoir une tumeur très fluctuante, qui atteint le pubis en haut et remplit le petit bassin. Cette tumeur est douloureuse au toucher, lorsqu'on veut la refouler de bas en haut. Ce n'est pas le toucher d'une grossesse ordinaire et de plus la malade a eu ses règles, peu abondantes il est vrai, en avril et en mai. Comme, du côté des seins, de la ligne blanche et de la vulve, je trouve les signes habituels de la grossesse, je conclus à une grossesse extra-utérine; mais comme, en réalité, mon diagnostic n'est pas absolument ferme, je conseille de continuer l'usage exclusif du lait et d'attendre quelque temps encore avant d'intervenir.

Au commencement de juin, l'albuminurie a persisté sans augmenter et les vomissements incoercibles sont devenus si *menaçants pour la vie* de la malade, que ses deux

médecins me télégraphient et me pressent de jour en jour pour intervenir.

Enfin, le 9 juin, trouvant la malade dans un état de faiblesse extraordinaire, je me décide à faire une laparotomie, avec l'idée de parer aux accidents d'une grossesse extra-utérine.

La laparotomie médiane me montre qu'il s'agissait en réalité d'un utérus gravide en rétroversion, très enclavé dans le petit bassin. Des adhérences solides fixaient le globe utérin dans la concavité du sacrum et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que j'arrive à les détruire et à libérer le fond de l'utérus. Au moment où je parvins à extraire l'utérus gravide du petit bassin et à le redresser, l'air se précipite avec bruit dans le petit bassin, comme lorsqu'on extrait la tête fémorale de la cavité cotyloïde.

Les annexes étant parfaitement saines, je fixe la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale par un solide fil de soie et je pratique l'occlusion de la plaie abdominale par une série de crins de Florence placés suivant la méthode décrite par MM. MONOD et VANVERTS, c'est-à-dire que chaque anse de fil prend peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine. Quelques crins superficiels affrontent soigneusement la peau dans l'intervalle des crins profonds.

A dater du réveil de la malade, il n'y a plus eu un seul vomissement et toute trace d'albumine a disparu dans l'urine. Comme complication post-opératoire, on a noté seulement de la rétention d'urine pendant une quinzaine de jours.

Trois semaines après, on commence à alimenter la malade, qui jusque-là n'avait pris que du lait, et, dès le len-

demain, elle est prise de vomissements avec un peu de subdélire et une crise nerveuse. Pensant à l'intoxication alimentaire, MM. BOUQUET et JAOUËL donnent un purgatif et conseillent un régime alimentaire plus doux. Tout rentre immédiatement dans l'ordre.

Le 15 juillet, on entend des bruits du cœur. La grossesse suit son cours normal jusqu'au 10 novembre. Ce jour-là, à la suite d'un commencement d'incendie dû à l'explosion d'une lampe à alcool, la malade eut une violente crise de nerfs. Les douleurs commencèrent dans le ventre à cinq heures du matin, le 14 novembre, et à huit heures du matin, l'accouchement était terminé. Le docteur BOUQUET, à qui je dois ces derniers détails, constatant une présentation du siège, mode des fesses, avait rompu les membranes et pratiqué l'extraction, terminant par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant était mort depuis peu, mais bien constitué et paraissant à peu près à terme. La délivrance artificielle amena un placenta normal, ne présentant aucune trace d'hémorragie ancienne ou récente. Une heure après, malgré des frictions abdominales et une injection très chaude, le globe utérin était encore volumineux et plein de caillots. Pendant 24 heures, la malade se plaint de violentes tranchées. Le pouls devient petit et rapide, la malade est pâle et lipothymique. Les caillots sont alors évacués par expression et M. BOUQUET fait une injection intra-utérine de 3 litres de la solution de sublimé à 0 gr. 25 pour 1000. A partir de ce moment, l'utérus se contracte, les tranchées cessent et la malade reprend rapidement ses forces, sans aucune complication.

Disons, pour n'y pas revenir, que cette malade ne présente aucun signe d'éventration au niveau de sa cicatrice

abdominale ; ce qui montre bien que la suture à un seul plan, faite suivant la technique indiquée par MM. MONOD et VANVERTS, donne les meilleurs résultats au point de vue de la solidité, puisqu'elle a résisté à la distension abdominale pendant la grossesse. Ce point en particulier a été traité dans la thèse récente de M. DEGORCE (thèse Paris, 1900), aussi je n'insiste pas ici.

En résumé, une femme est prise en avril de vomissements rapidement incoercibles, son urine contient de l'albumine. Les règles, ce mois, sont infimes.

En mai, d'autres signes de grossesse s'affirment ; les vomissements persistent avec l'albuminurie. M. le Dr GUINARD est appelé ; il constate une tumeur du petit bassin et pense à une grossesse extra-utérine ; il diffère l'intervention.

La dénutrition s'accroît.

Le 9 juin, M. GUINARD pratique la cœliotomie, présumée curatrice de la grossesse extra-utérine. C'est un utérus gravide, rétroversé et enserré dans de résistantes et multiples adhérences. L'utérus est réduit et hystéropexié, le ventre fermé. De ce jour, disparaissent totalement vomissements et albuminurie. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme. Présentation du siège, mode des fesses. Enfant mort au moment de l'accouchement, mais bien constitué.

Telle est la charpente de l'observation.

CHAPITRE II

Critique de notre observation.

Notre malade, atteinte de vomissements incoercibles et d'albuminurie légère, avait un utérus gravide rétroversé. On réduit et on hystéropexie l'utérus. A dater du réveil de l'opérée, vomissements et albuminurie disparaissent à jamais.

Nous avons là, d'après la logique, un rapport de cause à effet : *sublata causa, tollitur effectus*. L'opération a réalisé le schéma d'une expérience. La rétroversion de l'utérus gravide était la cause des vomissements et de l'albuminurie.

Cette cause est-elle fréquente ?

Quel est le mécanisme probable de ces symptômes ?

Peuvent-ils avoir une autre origine ? Y a-t-il des rapports, et quels sont-ils, entre les vomissements incoercibles et l'albuminurie, et réciproquement, dans notre cas particulier ?

Enfin, quel enseignement tirons-nous de ces considérations ?

La critique de notre observation et quelques recherches vont nous documenter pour la réponse à ces questions.

La cause des vomissements incoercibles, malgré beaucoup de travaux, est toujours entourée d'obscurité. On

invoqua autrefois quantité d'origines : toutes les dyspepsies, l'anémie, les déviations utérines, les lésions du col utérin, les métrites, l'hystérie ; nous ne voulons pas les résumer, mais elles sont innombrables, comme le prouve d'ailleurs la diversité des traitements.

Plus tard, toutes ces causes passèrent au rang de causes adjuvantes et le terrain névropathique fut comme le substratum anatomique des vomissements opiniâtres.

De nos jours, la question a changé de face. M. le professeur PINARD a introduit la notion d'auto-intoxication dans l'étiologie des vomissements incoercibles, comme des œdèmes, du ptyalisme, des accès éclamptiques ; il les attribue à une insuffisance physiologique du foie, et nomme cette intoxication : hépato-toxémie gravidique.

Quoi qu'il en soit, dans notre observation, c'est la perversion de la statique utérine qui explique la production parallèle des vomissements et de l'albuminurie.

Par quel mécanisme pathogénique ? Pour les vomissements, c'est la distension difficile de l'utérus, d'où pression sur les extrémités terminales des nerfs utérins et vomissements par voie réflexe. Pour l'albuminurie, c'est la compression des uretères, amenant le ralentissement de la circulation glomérulaire et la transsudation de l'albumine.

La disparition subite de ces deux phénomènes à la suite de la réduction de l'utérus justifie nettement leur état de dépendance étroite vis-à-vis de l'utérus rétroversé et leur indépendance vis-à-vis l'un de l'autre.

Bien que puisant chacun leur source dans la rétroversion, les vomissements auraient pu créer l'albuminurie et l'albuminurie créer les vomissements. Mais, d'une part,

les vomissements n'ont pas pu créer l'albuminurie par dénutrition, parce que l'albuminurie aurait eu alors pour origine une lésion rénale et n'aurait pu disparaître du jour au lendemain. D'autre part, l'albuminurie n'a pu créer les vomissements parce que, si les vomissements avaient été la conséquence de l'albuminurie, c'est-à-dire de l'insuffisance de dépuratation urinaire, il y aurait eu d'autres symptômes d'urémie, et, deuxième raison, une disparition brusque n'était pas possible, puisqu'il y aurait eu néphrite, c'est-à-dire lésion chronique, ne retrocédant pas brusquement. Les vomissements et l'albuminurie étaient donc indépendants et leur origine première était la rétroversion.

Cette cause de vomissements incoercibles fut observée déjà.

Les déplacements de l'utérus constituent une cause active de vomissements incoercibles, comme l'ont montré CAZEAUX, MOREAU, ULRICH, GRAILY HEWITH. GRAILY HEWITH disait même à la Société obstétricale de Londres que deux causes provoquent des vomissements incoercibles, et ce, en s'opposant à l'expansion de l'utérus gravide : c'est l'incarcération, suite d'une flexion ou d'une version de l'organe ; c'est la dureté ou la rigidité de l'orifice interne ou du col de l'utérus. Cette dernière origine fut exacte parfois ; des vomissements graves cessèrent après la dilatation digitale du col (méthode de Copeman, de Norwich). L'opinion de GRAILY HEWITH est exagérée, car d'autres causes, en particulier l'hépto-toxémie, réclament nombre de cas de vomissements graves.

Pour la rétroversion, la littérature médicale nous a fourni plusieurs observations où la relation entre elle et

les vomissements est très nette. Il n'y est pas question d'albuminurie, mais peu importe, cette albuminurie procédant de la rétroversion, à titre de symptôme, et pouvant manquer, au même titre que, chez notre malade, manquaient des symptômes de compression du côté du rectum.

OBSERVATION II. — PARENT (de Beaune), *in* CHARLES (de Liège).

Rétroversion avec vomissements. Les vomissements disparaissent avec la réduction.

OBSERVATION III. — VIGNARD, *in* CHARLES. — Femme de 25 ans. Deux accouchements au 5^e mois. Rétroversion à trois mois et demi de la 3^e grossesse. Vomissements incoercibles. Réduction par le vagin. Cessation des vomissements.

OBSERVATION IV. — CHAZAN, Société de gynécologie de Dresde, 4 novembre 1886. Rapport sur un cas de vomissements incoercibles qu'il a observé.

L'observation se rapporte à une femme qui, dans deux grossesses, fut prise, vers le 3^e mois de la gestation, de vomissements incoercibles. Ils furent attribués à la rétroflexion de l'utérus. Après renversement de l'utérus et application d'un anneau-pessaire, les vomissements cessèrent et la grossesse suivit un cours régulier.

OBSERVATION V. — Docteur PAQUY, chef de clinique de la clinique Baudelocque, *in* thèse HARLAY. — Une femme, dont les dernières règles datent du 15 avril 1896, est vue en mai par le Dr PAQUY pour les troubles suivants : vomissements très fréquents, sensations de pesanteur dans

le bas-ventre, constipation opiniâtre, la miction étant normale.

L'utérus est en rétroflexion.

On ordonne lavements, laxatifs, lait.

Le 15 juillet, la malade apprend à M. PAQUY qu'elle ne vomit plus, que la constipation a disparu et qu'elle ne souffre plus du ventre. Au toucher, on constate que la rétroflexion est réduite.

OBSERVATION VI. — René BRIAU (*in* thèse d'agrégation, GUÉNIOT, 1863). — Vomissements incoercibles, dus à une rétroflexion de l'utérus. Réduction. Guérison.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, bien constituée, habituellement bien portante, a déjà eu deux enfants; ses grossesses ont été heureuses, à part quelques malaises et quelques vomissements qui ont marqué les premiers mois de la seconde grossesse. Elle est devenue enceinte une troisième fois au commencement de mars 1896. Vers le milieu d'avril, des vomissements, peu fréquents d'abord, se manifestent tels que dès les premiers jours de mai, la malade est obligée de garder le lit. Toutes les ressources de la thérapeutique sont inutilement épuisées. L'abdomen ne présentant pas un développement en rapport avec celui que doit avoir l'utérus au 3^e mois, on se décide, malgré les répugnances de M^{me} X..., à procéder à l'examen des organes génitaux internes que l'on suppose affectés de quelque altération de texture ou de position.

Le 4 juin, M. MOREAU, ne sentant pas le développement de l'utérus par le palper du ventre, pratique le toucher vaginal. L'utérus, en état de rétroversion, est complètement logé dans l'excavation du bassin, incarcéré dans la

courbure du sacrum, et enserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac, il ne peut franchir l'angle sacro-vertébral. Par une manœuvre habile et prudente, autant qu'heureuse, M. MOREAU dégage la matrice, et, en la faisant remonter, la ramène dans l'axe du détroit abdominal.

M^{me} X... se sent immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessent et la malade peut digérer quelques aliments légers. Le sommeil revient, la santé se rétablit graduellement, et, en moins de 48 heures, le ventre prend un développement normal, proportionné à l'époque présumée de la grossesse.

On voit, par ces observations, que la rétroversion provoque des vomissements graves.

Mais pourquoi toutes les femmes atteintes de rétroversion n'ont-elles pas de vomissements incoercibles ? Ici, intervient l'action des causes adjuvantes. Notre malade était une névropathe, c'est là une raison suffisante.

Enfin, peut-on dire : votre malade a des vomissements et de l'albuminurie, c'est une auto-intoxication gravidique ? Nous répondrons que l'intervention n'aurait pas supprimé ces symptômes.

En résumé, quand une femme présente des vomissements incoercibles et de l'albuminurie, il est indispensable, avant de songer à la névropathie, à la toxémie, et d'user du régime lacté et des antinervins, il est indispensable de s'assurer de l'état des organes pelviens et de faire précéder les traitements hygiénique, alimentaire, médicamenteux du traitement utérin. S'il y a insuccès, d'autres indications se présentent, en particulier l'avortement. Mais

nous n'avons pas en vue le traitement des vomissements incoercibles et de l'albuminurie gravidique. Nous avons voulu simplement exprimer de notre observation originale la substance théorique qu'elle contient.

CHAPITRE III

Traitement.

Notre malade avait un utérus gravide rétroversé. M. GUINARD fait une laparotomie, redresse l'utérus et le fixe à la paroi abdominale. La grossesse continue.

Le résultat est parfait, mais est-ce là le traitement classique de la rétroversion de l'utérus gravide?

Quel est le traitement classique?

Au début, on assure la vacuité de la vessie et du rectum, la rétention d'urine et l'accumulation de matières fécales entravant l'ascension utérine. Avec plusieurs cathétérismes évacuateurs quotidiens avec une sonde molle et des lavements, laxatifs et purgatifs fréquents, l'utérus le plus souvent reprend sa situation normale.

Si la rétroversion persiste, il faut agir plus directement par la réduction. Il existe trois modes de réduction : par la position genu-pectorale, manuelle, instrumentale.

Position genu-pectorale. — La position genu-pectorale, prise deux fois par jour, vingt minutes chaque fois, combinée au décubitus ventral, favorise la chute antérieure de l'utérus et permet parfois d'attendre l'époque où l'utérus franchit le rebord du détroit supérieur.

Un peu plus tard, ces moyens ne suffisent plus.

Réduction manuelle. — La réduction manuelle est alors le procédé de choix. On la pratique, avec ou sans anes-

thésie, soit par le vagin, en soulevant d'une façon continue la face postérieure de l'utérus avec deux doigts ou même la main dans le cul-de-sac postérieur, soit par le rectum, la femme appuyée sur les genoux et les coudes.

Réduction instrumentale. — La réduction peut se faire par des instruments dans le vagin ou dans le rectum, tels que la baguette d'EVRA, la spatule-levier d'Antoine PETIT, ou le gorgéret de RÆDERER. Il faut proscrire cette méthode pour ses dangers et son inefficacité fréquente.

On peut encore laisser à demeure dans le rectum un ballon gonflé.

Si tous ces procédés échouent, la maladie évolue, et la malade est menacée de graves complications, à part l'avortement, telles la rupture du vagin et du périnée, le sphacèle de la paroi ultérieure avec péritonite, la gangrène vésicale, l'urémie, l'infection urinaire.

Avortement. — On pratiquait enfin l'avortement, soit en agissant sur le col, soit, en cas de col trop haut situé derrière la symphyse, par ponction du vagin ou du rectum, toujours suivie de contractions utérines et d'avortement.

En cas d'irréductibilité de l'utérus, l'ultime intervention était donc l'avortement. On tuait le fœtus et on ne supprimait pas la cause de l'irréductibilité.

Cœliotomie. — Nous pensons qu'une intervention plus rationnelle s'impose. C'est la cœliotomie, qui garde le fœtus et libère l'utérus. Elle remplit donc les deux indications formelles qu'offre la rétroversion irréductible chez une femme enceinte.

La coeliotomie est seule vraiment satisfaisante à tous les points de vue. Elle permet de voir exactement de quoi il s'agit, de se rendre compte des causes qui retiennent

l'utérus en position vicieuse. Elle permet du même coup de faire disparaître ces causes, d'enlever, par exemple, une trompe malade qui peut être l'origine des adhérences, ou une tumeur du ligament large, ou une tumeur fibreuse, ou un kyste de l'ovaire, etc. Ajoutons même que, contrairement aux apparences, elle est moins périlleuse que de prétendus moyens de douceur par lesquels on peut rompre une poche purulente, sans s'en apercevoir, et infecter ainsi la cavité péritonéale.

Mais faut-il compléter le redressement utérin, après cœliotomie, d'une hystéropexie abdominale? C'en est pas indispensable et nous dirons même qu'il ne faut pas faire cette hystéropexie, toutes les fois qu'on pourra s'en passer. L'utérus désenclavé s'érigera dans l'abdomen; il ne pourra se blottir de nouveau dans le pelvis, pourvu qu'il ait déjà atteint un certain volume. Nous croyons, par exemple, que, dans l'observation I, M. GUINARD aurait pu se dispenser de fixer l'utérus, puisque l'organe remplissait « à frottement » le petit bassin, au point que l'air se précipita avec bruit dans le pelvis, au moment du désenclavement. C'est du reste l'avis que nous l'avons entendu émettre lui-même. Mais quand l'utérus n'est pas aussi volumineux, quand la grossesse est peu avancée, il est prudent et simple de fixer l'utérus à la paroi. Bien que, d'après quelques chirurgiens, l'hystéropexie expose à des complications, cette opération est inoffensive et ne gêne point les grossesses postérieures; mais, à la condition de placer le fil à la face antérieure de l'utérus, et non vers le fond, pour permettre la libre expansion de cet organe.

Les onze cas de JACOBS, celui de SCHWARTZ, les deux récents du docteur MOUCHET (de Sens), celui de M. GUINARD

prouvent la valeur de la cœliotomie dans la rétroversion pendant la grossesse. Nous allons les relater.

OBSERVATION VII. — CAS I de JACOBS. — Femme de 29 ans. Primipare, enceinte de quatre mois et demi ; symptômes d'avortement depuis 24 heures. Rétroposition ancienne de l'utérus. Le corps est encastré dans le bassin. Laparotomie, le 24 juin 1891. Rupture des adhérences, reposition. La grossesse continue : l'accouchement a lieu sans incident, à terme.

OBSERVATION VIII. — CAS II. — Femme de 27 ans, multipare, souffre depuis l'âge de 19 ans de rétroflexion adhérente. Enceinte de 3 mois et demi, symptômes d'avortement depuis un jour. Laparotomie, le 14 juin 1890. Reposition de l'utérus après rupture des adhérences. La grossesse se termine à terme sans incident.

OBSERVATION IX. — CAS III. — Femme de 30 ans, secundipare ; trois avortements entre deux et trois mois. Enceinte de cinq mois. Menaces continues d'avortement (douleurs, métrorragies, etc.) depuis 3 semaines, affaiblissement général, voies digestives en très mauvais état. L'utérus est en rétroflexion, avec incarceration. Les tentatives de redressement restent sans résultat. Je pratique la laparotomie, le 19 novembre 1891. Reposition. La grossesse continue et l'accouchement se fait à terme.

OBSERVATION X. — CAS IV. — Femme de 37 ans, multipare, six avortements en dix ans. L'utérus, développé normalement, est à quatre mois de grossesse ; il est en rétroflexion, immobilisé, symptômes d'incarcération. Le médecin m'apprend que tous les avortements antérieurs

se sont produits dans les mêmes conditions que celui qui menace ; l'utérus étant en rétroflexion fixée depuis une pelvi-péritonite très grave, survenue à l'âge de 19 ans, à la suite d'une chute pendant la menstruation. Laparotomie, le 13 juin 1892. Les adhérences pelviennes, qui maintiennent l'utérus, sont coupées aux ciseaux. Reposition. La grossesse continue, et l'accouchement se fait à terme. Depuis, deux autres accouchements dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION XI. — CAS V. — Femme de 32 ans, primipare. Grossesse actuelle de 4 mois et demi, avec symptômes d'incarcération depuis quelques jours. Tentatives de réduction sans succès. Laparotomie, le 1^{er} juin 1893. Reposition. Accouchement à terme. L'opération est suivie de métrorragie assez abondante, mais sans avortement.

OBSERVATION XII. — CAS VI. — Femme de 34 ans, multipare, sept avortements entre 2 et 4 mois, dans l'espace de 9 ans. Symptômes graves d'incarcération. La grossesse actuelle remonte à environ 4 mois et demi. Laparotomie, le 12 février 1895. La libération de l'utérus est laborieuse. Hémorragies en nappe très abondantes. Reposition. Pendant quelques jours, menaces d'avortement, puis tout se rétablit. L'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION XIII. — CAS VII. — Secundipare de 27 ans, mêmes symptômes que le cas précédent. Opération, le 18 mars 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

OBSERVATION XIV. — CAS VIII. — Secundipare de 31 ans, mêmes symptômes que les cas précédents. Opération, le

21 août 1895. Grossesse à terme. Accouchement sans incident.

OBSERVATION XV. — CAS IX. — Femme de 29 ans, multipare. Rétroflexion ancienne, suite de péritonite survenue après un avortement. Symptômes d'incarcération; grossesse actuelle datant de 4 mois; métrorragie profuse depuis 48 heures. Tentatives de réduction sans succès. Laparotomie le 23 octobre 1895. Suites normales. Grossesse évolue sans incident jusqu'à terme. Accouchement difficile.

OBSERVATION XVI. — CAS X. — Primipare de 34 ans. Menaces d'avortement. Opération le 3 décembre 1891. Avortement, le surlendemain.

OBSERVATION XVII. — CAS XI. — Femme de 31 ans, enceinte de 5 mois. Premier accouchement normal, suites de couches normales. Deuxième accouchement normal; rétention placentaire de quelques jours, suivie de péritonite qui tient la femme alitée pendant 3 mois. Rétablissement incomplet. Depuis cette époque, crises douloureuses pelviennes ayant toujours cédé au repos et aux soins hydrothérapiques locaux. Trois avortements en 4 ans, tous entre 3 et 6 mois, précédés de troubles vésicaux et intestinaux intenses. Grossesse actuelle remontant à 5 mois. Début normal, mais depuis le 4^e et le 5^e mois, réapparition des troubles vésicaux et intestinaux, s'accroissant à mesure qu'avance la grossesse. Depuis quatre et cinq jours, on sonde la malade, 4 et 5 fois par jour. Défécation pénible et douloureuse.

À l'examen, col ramolli, entr'ouvert, dirigé en haut et en avant, très haut situé derrière le pubis; corps développé normalement pour une grossesse de 4 mois et de-

mi à 5 mois, remplissant la cavité pelvienne, en rétroversion totale par rapport au col. Evacuation de la vessie et de l'intestin. On tente, pendant quelques jours, par tous les moyens manuels possibles, de redresser le corps utérin au moyen du toucher vaginal, du toucher rectal, dans toutes les positions possibles; Ballon de PÉTERSEN introduit dans le rectum sans résultat; les manœuvres diverses et répétées durèrent une huitaine de jours. Les troubles occasionnés par cette grossesse anormale s'accroissent de plus en plus, la défécation devient impossible le cathétérisme vésical de plus en plus pénible. La situation de la malade devient inquiétante.

Laparotomie, le 21 novembre 1896. Détachement des adhérences profondes qui retiennent l'utérus dans le pelvis, au moyen de la main. Reposition de l'utérus qui est amené au-dessus du détroit supérieur où il se maintient sans aucune tendance à retomber dans le bassin. Toilette de l'abdomen et fermeture des parois. Suites de l'opération absolument bénignes. La grossesse évolue normalement jusqu'à terme et, dans le courant de mars 1897, un gros garçon fut mis au monde.

OBSERVATION XVIII. — SCHWARTZ (in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894, XIII, pp. 141-157). — L'observation concerne une jeune femme de 22 ans, couturière, qui entre dans notre service le 15 mars 1892, avec des accidents aigus du côté du bas-ventre.

Depuis un accouchement, il y a quinze mois, elle souffre beaucoup du côté gauche; ces douleurs ont beaucoup augmenté depuis les huit derniers mois et sont devenues absolument insupportables depuis quelques semai-

nes, de telle sorte qu'il lui est totalement impossible de marcher, de rester debout. Elle a eu ses dernières règles le 11 mars, elles ont duré deux jours et ont été peu abondantes; elle n'a jamais eu aucun retard, ni aucune irrégularité. Nous insistons sur ce dernier renseignement qui a une grande importance. L'examen nous montre un abdomen nullement augmenté de volume, la simple palpation fait sentir, au-dessus et en arrière du pubis, une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin dont il est difficile de déterminer les limites et la consistance à cause de la tension des parois abdominales. Elle est douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal fait tomber sur un col utérin, allongé en museau de tapir, affleurant presque la vulve, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac latéraux; mais le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur fluctuante, extrêmement douloureuse, ressemblant absolument à une hématocele rétro-utérine. Le palper bimanuel montre qu'elle est en arrière de l'utérus: elle en paraît indépendante. Loin de soupçonner une grossesse, nous introduisons en douceur l'hystéromètre en caoutchouc de TERRILLON, qui pénètre à 9 cent 1/2 et montre une légère rétroversion.

Le toucher rectal ne fait que confirmer ce qu'ont indiqué le toucher vaginal et le palper bimanuel.

Pour nous assurer du diagnostic, nous chloroformons la malade et constatons bien nettement l'indépendance de la tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur de Douglas, de l'utérus, qui est situé et repoussé en avant contre la symphyse pubienne.

La malade souffre beaucoup et le diagnostic nous pré-

sentant, malgré tout, quelques obscurités, nous lui proposons la laparotomie, qui est acceptée.

Le 24 mars 1894, laparotomie médiane ; l'incision nous permet d'introduire la main et de reconnaître que la tumeur, qui est dans le cul-de-sac de Douglas, est le fond de l'utérus rétrofléchi à angle aigu sur le corps et le col ; ceux-ci constituent un segment mince, comme élongé, situé en avant, tandis que le fond, étalé sous forme de tumeur liquide, remplit tout le cul-de-sac de Douglas en arrière ; nous sentons à travers les parois utérines une résistance et une fluctuation qui nous font songer aussitôt à une grossesse, de deux mois à deux mois et demi, d'après le volume de l'organe.

Il nous est facile de redresser l'utérus rétrofléchi, il garde sa situation : nous ne le fixons pas, et renfermons l'abdomen, après nous être assuré de l'état d'intégrité complète des ovaires et des trompes.

A partir de ce moment, notre opérée n'a plus eu aucune douleur. Un tampon iodoformé insinué en arrière dans le cul-de-sac vaginal soutient l'utérus et nous constatons qu'il reste parfaitement redressé.

Aucun signe d'avortement après ces manœuvres. L'opérée rentre chez elle le 17 avril et elle revient en octobre suivant accoucher dans le service de notre collègue et ami BOUILLY. L'accouchement s'est parfaitement passé et l'examen que nous avons pu faire, quand elle a quitté le service d'obstétrique, montre que l'utérus, bien en place, n'a aucune tendance à la rétroversion ou à la rétroflexion.

OBSERVATION XIX. — D^r MOUCHET (de Sens) (*Bulletin de*

l'Académie de médecine, 29 mai 1900, M. PINARD, rapporteur.)

Femme âgée de 37 ans, sans antécédents pathologiques, et ayant déjà eu trois grossesses terminées par des accouchements spontanés et à terme.

Dernières règles, le 27 septembre. Dans la deuxième quinzaine de décembre, apparition des troubles fonctionnels du côté de la vessie, besoins plus fréquents d'uriner et miction de plus en plus pénible, puis bientôt douleurs abdominales et constipation opiniâtre.

Premier examen, fin décembre : tumeur abdominale fluctuante, remontant au-dessus de l'ombilic. Par le toucher, col derrière la symphyse et tumeur arrondie, régulière, non fluctuante, remplissant l'excavation.

Le cathétérisme donne issue à deux litres d'urine claire et normale.

Il est facile de constater alors que la tumeur qui est incarceration dans l'excavation n'est autre que l'utérus gravid.

Cathétérisme quotidien. Malgré l'évacuation régulière de la vessie et du rectum, il n'y a aucune tendance à la réduction spontanée.

Les douleurs abdominales persistent et deviennent violentes.

Dans ces conditions, la réduction manuelle est tentée, mais infructueusement, l'utérus reste enclavé et il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement.

Après avoir constaté que la rétention d'urine était absolue, que le cathétérisme devenait de plus en plus difficile et pénible, que les douleurs abdominales se montrent plus intenses, et redoutant un avortement, le D^r MOUCHET

propose la laparotomie et la pratique le 4 janvier 1898 à l'Hôtel-Dieu.

A l'ouverture du ventre, la vessie, bien que vidée par le cathéter, fut trouvée remontant jusqu'à l'ombilic. L'utérus, complètement renversé en arrière, occupait toute l'excavation : ce ne fut qu'avec grande difficulté que la main, introduite entre la tumeur et le sacrum, put le dégager et le réduire.

Il n'y avait ni fibromes, ni adhérences en aucun point.

L'utérus remis en position et le ventre refermé, la convalescence fut rapide et la femme accouchait à terme spontanément, le 20 juin, d'un enfant pesant 3.350 grammes. Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XX. — Même auteur. — Femme âgée de 29 ans, bien portante jusqu'au mois de septembre 1897 ; à partir de ce moment, douleurs abdominales. Dernières règles le 1^{er} février 1898, augmentation rapide du volume du ventre et douleurs abdominales.

Miction devenant fréquente et difficile.

Premier examen le 5 juin. — Tumeur abdominale dépassant l'ombilic ; col derrière la symphyse et tumeur remplissant l'excavation, mais distincte de la tumeur abdominale, cette dernière n'étant pas constituée par la vessie, comme le démontre le cathétérisme. Le diagnostic porté fut : rétroversion de l'utérus gravide, chez une femme ayant en plus un kyste de l'ovaire et un pyosalpinx, et cela en raison de quelques accidents douloureux et fébriles apparus dès le début.

La réduction manuelle ayant été tentée sans résultat, la rétention d'urine étant devenue complète et les douleurs abdominales très vives, des vomissements et des

accès fébriles ayant fait leur apparition, la laparotomie fut pratiquée le 25 juin.

Un kyste de l'ovaire gauche sans adhérences, à pédicule long et mince, et contenant un litre de liquide jaunâtre très épais, fut enlevé. L'utérus, trouvé libre de toute adhérence, fut dégagé et remis en place et le ventre refermé.

La grossesse évolua sans accident, et cette femme accoucha spontanément à terme, le 5 novembre 1898.

Dans toutes ces observations, comme dans celle de M. GUINARD, les résultats ont été parfaits, excepté dans une de JACOBS, où un avortement s'est fait, malgré la réduction.

L'opération de choix, donc, pour un utérus rétroversé, irréductible, soit parce que des adhérences unissent la vessie à l'épiploon, au rectum ou aux parois du petit bassin, obturant comme d'un couvercle le détroit supérieur (les adhérences simplement utérines, ce fut démontré par les travaux de CHARLES de Liège, de DUHRSEN, de PINARD et VARNIER, se relâchent et se rompent sous l'influence de la gravidité); — soit par le volume considérable de l'utérus; — soit parce que le sacrum, avançant en corniche dans un bassin rétréci, s'oppose au redressement digital; — soit parce qu'une tumeur des annexes coïncide avec la rétroversion; l'opération de choix, disons-nous, est la cœliotomie. Il faut évidemment au préalable pratiquer la réduction manuelle. Elle réussira la plupart du temps, les cas d'irréductibilité étant rares. M. GUINARD, naturellement, ne l'avait pas essayée, puisqu'il songeait à une grossesse extra-utérine, d'ailleurs la solidité et la nature des adhérences l'auraient rendue vaine. Mais après

échec des tentatives de réduction manuelle, il faut recourir à la cœliotomie.

Mais, peut-on objecter, cette intervention veut être conservatrice, c'est-à-dire garder l'enfant, et une intervention chez une femme grosse amène presque toujours l'avortement. Mieux vaut donc tout de suite l'avortement, et si ce n'était l'imminence de graves complications, mieux vaudrait attendre l'évolution naturelle de la rétro-déviatiou, qui finit par l'avortement, et ne pas le provoquer.

Cette opinion sur les relations du traumatisme opératoire et de la grossesse est heureusement fausse. Une laparotomie chez une femme enceinte ne provoque pas l'avortement. Il existe de nombreuses observations de tumeurs abdominales, de kystes ovariens, par exemple, enlevés sans que la susceptibilité de l'utérus ait été éveillée. M. GUINARD lui-même a publié, au Congrès de chirurgie de 1893, un cas de fibrome du ligament large, extrait chez une femme enceinte de 3 mois, sans réaction utérine. Il fait suivre l'observation des considérations suivantes : « les opérations abdominales, même pour des tumeurs du petit bassin, attenantes à l'utérus, peuvent être faites sans compromettre une grossesse en cours, pourvu, bien entendu, qu'elles soient pratiquées dans des conditions d'asepsie parfaite.

Le grand mérite de la cœliotomie, dans l'irrédutibilité de la rétroversion dans la grossesse, est qu'elle est en accord avec la méthode conservatrice de nos jours en honneur en obstétrique comme dans les autres branches de la chirurgie.

Déjà en 1822, CALLISEN avait proposé la « gastrotomie »

dans le cas d'irréductibilité, mais, à cette époque pré-antiseptique, l'ouverture du péritoine était grave. BOIVIN et DUGÈS, STOLTZ ne l'admirent, théoriquement toujours, que dans les cas désespérés. Enfin, PINARD et VARNIER recommandèrent cette intervention, qui seule peut donner les moyens de reconnaître et de détruire la cause de l'irréductibilité. Grâce à l'asepsie, la cœliotomie est inoffensive. Elle permet d'éviter les déchirures qu'aurait pu produire une manœuvre externe violente, d'agir directement sur l'utérus, de séparer les uns des autres les organes qui, par leur union, ont déterminé l'occlusion du détroit supérieur. « Elle sera, il est vrai, disent-ils, un moyen ultime de traitement, mais s'imposera dès que, la réduction manuelle ayant échoué, les urines perdront leur caractère normal, qu'on aura à redouter la cystite et ses complications ou qu'apparaîtront des phénomènes d'enclavement. »

Il y a quinze jours à peine, à l'Académie de Médecine, M. le professeur PINARD, dans un rapport sur les deux observations du docteur MOUCHET (de Sens), disait : « Le procédé thérapeutique de l'avortement me paraît devoir être absolument proscrit, car non seulement il tue fatalement le fœtus, mais encore il fait courir à la mère les plus grands dangers. La rétroversion se montrant irréductible, la seule intervention rationnelle et utile est la laparotomie. »

CONCLUSIONS

I. — Les vomissements incoercibles de la grossesse arrivent parfois à mettre en danger la vie de la mère, en amenant une dénutrition et une cachexie suraiguës.

II. — En pareil cas, après échec des moyens médicaux, les classiques conseillent de pratiquer l'avortement.

III. — Très souvent ces vomissements graves sont dus à une rétroversion irréductible ou non de l'utérus gravide, puisqu'ils cessent quand la rétroversion est réduite.

IV. — Pour réduire la rétroversion d'un utérus gravide on doit commencer par mettre en œuvre tous les moyens dits « de douceur » ; réduction digitale par le vagin ou le rectum, position gënu-pectorale.

V. — Tous les moyens qui nécessitent l'introduction d'un instrument quelconque dans la cavité utérine doivent être rejetés.

VI. — Dans le cas où la rétroversion résiste à tous les moyens de douceur, à cause de la nature des adhérences ou pour toute autre raison, c'est à la cœliotomie qu'il faut recourir.

VII. — La cœliotomie permet d'y voir clair, de diagnostiquer à coup sûr la cause de l'irréductibilité, de supprimer cette cause et de placer l'utérus gravide en bonne position.

VIII. — Si la grossesse est à son début et si on craint

que l'utérus puisse retomber dans sa position vicieuse, on le fixera à la paroi abdominale par un fil.

IX. — S'il s'agit, au contraire, d'un utérus volumineux, on n'a pas à craindre la récurrence, et l'hystéropexie est inutile.

X. — La cœliotomie, en pareil cas, n'a pas de gravité spéciale pour la mère ni pour le fœtus, à la condition, bien entendu, qu'elle soit aseptique.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de Thèse,
TILLAUD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVARES DE LIMA. — Thèse Paris, déc. 1897.
- AMUSSAT. — Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse. Paris, 1833.
- BARTH (J.-B.). — Rétroversion utérine à quatre mois de grossesse ; enclavement de l'utérus dans le petit bassin : redressement par la main introduite dans le rectum (*Gazette des hôpît. de Paris*. 1864, xxxvii, p. 449.)
- BARTH (Henri). — Sur un cas d'auto-intoxication gravidique (*Semaine médicale*, 16 novembre 1898.)
- BOISSARD. — Des vomissements incoercibles de la grossesse (*Journal des Praticiens*, 21 octobre 1899.)
- BOIVIN et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 1853, pp. 136 et suiv.
- BOULLOCHE (Pierre). — Albuminurie, in Manuel de médecine de DEBOVE et ACHARD, tome VI.
- BURNS. — Traité d'accouchements, traduit de l'anglais sur la 9^e édition. 1839, p. 180.
- CAILLETET. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ; thèse de Paris, 1868.
- CAZEAUX et TARNIER. — Traité d'accouchements, Paris, 1874.
- CHARLES (de Liège). — Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse. Bruxelles, 1878.
- COHNSTEIN. — Die Behandlung bed Incarceration des retroflectirten graviden uterus. (*Arch. f. Gynæk.*, 1888, xxviii, 156-159.)
- COLLYER. — The Treatment of a deplaced adherent uterus complicated by Pregnancy. (*New-York J. gynaec. et obst.*, 1894, vi. 18.)

COMBARIEU. — Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravidé ; thèse de Paris, 1885.

COURTOIS-SUFFIT. — Vomissements. *Manuel de médecine* de DEBOVE et ACHARD, tome I.

DE FRANCE. — De la rétroversion utérine pendant la grossesse au point de vue du traitement. Thèse de Paris, 1874.

DELBET (Pierre). — Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS. Tome VIII.

DEPAUL. — Leçons de chirurgie obstétricale. Paris 1872. — *Archives de tocologie*, Paris, 1876. — *Journal des sages-femmes*. Paris, 1878. VI. 170.

DUCOR. — De la rétroversion utérine pendant la grossesse. Thèse de Paris. 1879.

GUÉNIOT. — Les vomissements incoercibles. Th. Agrég., 1863.

GUINARD (Aimé). — Congrès de chirurgie. 1893, p. 146.

HARLAY (André). — Contribution à l'étude de la rétrodéviatiôn de l'utérus gravidé. Thèse de Paris, 1899.

HARTMANN. — Congrès périodique international de gynécologie et obstétrique. Genève, 1897.

JACOBS. — *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*. 1898, n° 2, t. IX, pp. 24-32.

LÉVI(L.). — De l'auto-intoxication gravidique. Thèse de Paris, 1896.

MERLE. (L.). — De l'avortement forcé extemporaine, à propos d'un cas de vomissements graves. (*L'Obstétrique*, 15 mai 1900.)

PINARD. — Rapport sur un mémoire du Dr MOUCHET (de Sens) concernant deux cas exceptionnels d'irréductibilité de l'utérus gravidé en rétroversion, traités par la laparotomie et suivis d'accouchement à terme.

PINARD ET VARNIER. — *Annales de gynécologie*, années 1885, 1886, 1887.

POZZANNER (Gabriele) — Ein Fall von Retroflexio uterigravidi, complicirt mit hypertrophischer Elongation der Portio supravaginalis und perimetritischen Adhæsion. *Wien. med. Wochenschr.* 1895, XIV, 1014-1018.

POZZI (S.). — Traité de gynécologie. Paris, 1896.

RENDU. — Revue clinique des maladies des femmes. Paris, 1879, pp. 39-44.

SALMON. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Th. Agrég. Paris, 1863.

SCHWAB. — Traitement des vomissements incoercibles. (*Presse médicale*, 16 décembre 1896).

SCHWARTZ. — *Annales de gynécologie et d'obst.*, 1894, pp. 244-247.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, t. II.

TILLAUD. — Sur un cas de rétroversion traitée par la réduction (*Annales de gynécologie et d'obst.*, déc. 1889).

TUFFIER. — Uretere. Hydronéphrose. Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, tome VII.

VARNIER. — *Annales de gyn. et d'obst.* Paris, 1889, XXXII, t. II, pp. 281-286.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I ^{er} . — Observation I. — Rétroversion d'utérus gravide avec vomissements incoercibles et albuminurie. Laparotomie, hys- téropexie. Cessation des vomissements et de l'albuminurie. Con- tinuation de la grossesse. Guérison.....	12
CHAPITRE II. — Critique de notre Observation	17
CHAPITRE III. — Traitement	24
CONCLUSIONS.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
